

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

JULIE BÉLANGER

L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES

PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES OEUVRANT

EN SOINS DE LONGUE DURÉE

AVRIL 1998

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel que stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Tout au long de ce travail, les génériques masculins sont utilisés, sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

Table des matières

RÉSUMÉ	3
CHAPITRE 1: CONTEXTE THEORIQUE	5
1.1 Le stress et l'épuisement professionnel	6
1.2 Facteurs de stress et d'épuisement professionnel	9
1.3 Les connaissances sur les déficits cognitifs	13
1.4 Le soutien au travail	15
CHAPITRE 2: MÉTHODE	16
2.1 Participants	16
2.2 Instruments de mesure	17
2.3 Déroulement	19
CHAPITRE 3: RÉSULTATS ET DISCUSSION	20
3.1 L'épuisement professionnel	20
3.2 Le stress	22
3.3 Le soutien au travail et les connaissances	22
CHAPITRE 4: CONCLUSION	28

RÉFÉRENCES	30
Tableau 1	39
Figure 1	40
Figure 2	41
Figure 3	42
Figure 4	43
Appendice A: Formulaire de consentement	44
Remerciements	46

Résumé

Le stress au travail ainsi que l'épuisement professionnel seraient problématiques chez les intervenants qui oeuvrent auprès de personnes âgées présentant des déficits cognitifs. Cette clientèle est pénible pour les préposés aux bénéficiaires qui sont responsables des soins de base, ce qui occasionne un grand nombre de responsabilités et de contacts comme source de stress. Le stress et l'épuisement professionnel que vivent les préposés seraient en lien avec le soutien au travail et le manque de connaissances sur les déficits cognitifs. Les sujets, au nombre de 110, sont des préposés recrutés dans différents CHSLD du Québec. Ils ont complété des questionnaires qui évaluent l'épuisement professionnel, le stress dans le travail auprès de personnes âgées présentant des déficits cognitifs, le soutien au travail ainsi que leurs connaissances sur les déficits cognitifs. Le modèle vérifié par analyse acheminatoire démontre qu'il existe des liens significatifs entre le stress vécu dans le travail auprès de personnes âgées présentant des déficits cognitifs et les trois composantes de l'épuisement professionnel. Le soutien au travail est en relation négative avec le stress et avec l'épuisement émotionnel, tandis que les connaissances sont en relation négative avec le stress mais en relation positive avec l'accomplissement personnel. Seules les préposés féminins furent retenues pour l'analyse de la troisième composante, la dépersonnalisation. Cette dernière s'avère en relation négative avec les connaissances. Ces résultats suggèrent certaines pistes de recherches et des pistes

d'intervention pour améliorer le vécu du personnel soignant et ainsi maintenir la qualité des soins en CHSLD.

Le fait de prendre soin de malades souffrant de troubles cognitifs fait vivre aux préposés aux bénéficiaires plusieurs stressseurs quotidiens sur une grande période de temps (Novak & Chappell, 1996; Novak & Chappell, 1994). Les soins sont plus pénibles à apporter et les problèmes deviennent plus difficiles à résoudre en raison de la détérioration physique, cognitive et psychosociale graduelle des patients souffrant de démence, ce qui amène des comportements bizarres et combatifs, des explosions émotives et de l'errance (Charles, Truesdell, & Wood, 1982). Les infirmières qui travaillent en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) perçoivent plus de stressseurs au travail que celles qui travaillent en milieu hospitalier en gériatrie (Duquette, Kérouac, Sandhu, Ducharme, & Saulnier, 1995) et le personnel soignant des CHSLD risquerait plus de souffrir d'épuisement professionnel que le personnel en soins physiques de longue durée (Astrom, Nilsson, Norberg, & Winblad, 1990). De plus, les préposés aux bénéficiaires connaîtraient un stress et un épuisement professionnel plus élevés que les infirmières (Astrom et al., 1990). En CHSLD, les résidents présentent de plus en plus de comportements confus et sont aussi très dépendants par rapport aux activités de la vie quotidienne ce qui place un niveau de stress excessif sur les intervenants (Heine, 1986). Il faut remarquer que les personnes âgées souffrant de déficits cognitifs représenteraient environ 70 à 80% de la clientèle des CHSLD (Holmes, Teresi, & Monaco, 1992). Les comportements perturbateurs que présentent les personnes âgées démentes amènent du stress et

de la démotivation pouvant faire en sorte que les intervenants se retirent; on remarque un effet nuisible de ces comportements sur l'incidence de l'épuisement professionnel des infirmières (Astrom, 1992; Corbeil, 1991; Rossby, Beck, & Heacock, 1992). Il s'avère donc important de poursuivre les recherches sur le stress et l'épuisement professionnel des préposés puisque cela semble être un problème important dans le travail auprès des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive. Deux facteurs susceptibles d'être responsables du stress et de l'épuisement des préposés aux bénéficiaires en CHSLD sont rarement pris en compte dans les recherches antérieures, il s'agit du manque de connaissances sur les déficits cognitifs et de soutien au travail, deux facteurs sur lesquels on peut agir (Duquette, Kérouac, Sandhu, & Beaudet, 1994; Filion, Laroche, Lemyre, & Tessier, 1991; Gervais, 1991; Mobily, Maas, Buckwalter, & Skemp-Kelley, 1992; Stolley, Buckwalter, & Shannon, 1991).

Le stress et l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel résulterait d'un environnement de travail stressant (Cherniss, 1980; Golembiewski, Munzenrider, & Stevenson, 1986; Hare, Pratt, & Andrews, 1988; Maslach, 1982; Mc Abee, 1991; Pines, Aronson, & Kafry, 1981). Maslach et Jackson (1986) définissent l'épuisement professionnel comme «... un syndrome psychologique d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel auquel sont sujets les individus travaillant en relations humaines» (p. 1). Quant au stress

au travail, on le définit comme étant: «l'impact cumulatif d'événements qui se produisent durant la performance des tâches reliées à l'emploi, requérant d'importants ajustements de comportements» (Mobily et al., 1992, p. 26). Plus spécifiquement, le stress est la réponse de l'individu aux demandes internes ou environnementales qui excèdent les ressources adaptatives de ce dernier (Lazarus, 1966). L'individu se place en situation de stress s'il évalue qu'il ne possède pas les ressources pour faire face à la demande. Les événements stressants sont le résultat de l'interaction entre le résidant et ses comportements, les caractéristiques du soignant et les caractéristiques de l'environnement de travail (Stanford, 1975).

Il existe dans la documentation une ambiguïté (Maslach & Schaufeli, 1993) et un recouvrement entre les concepts de stress et d'épuisement professionnel, l'épuisement professionnel étant un concept communément utilisé pour décrire la réponse de l'employé au stress occupationnel (Cohen-Mansfield, 1995).

L'expérience de stress contribuerait à l'étiologie de l'épuisement professionnel (Cox, Kuk, & Leiter, 1993). Ce dernier état se différencierait du stress en fonction du temps, soit sur la base du processus et non pas sur celle des symptômes (Maslach & Schaufeli, 1993), l'épuisement professionnel étant un processus à long terme originant d'une exposition à un stress continu et répété, quotidien et chronique, plutôt qu'à des événements critiques de la vie (Cherniss, 1980; Cronin-Stubbs & Rooks, 1985; Leiter, 1993; Mc Abee, 1991; Perlman &

Hartman, 1982). On parle de stress quand l'adaptation arrive à bien se réaliser alors que l'épuisement professionnel ferait suite à une faille dans l'adaptation, ce qui suppose que les deux concepts se distinguent rétrospectivement (Maslach & Schaufeli, 1993). En d'autres termes, l'épuisement professionnel est la dernière étape d'un mécanisme d'adaptation échoué (Harris, 1989).

L'épuisement professionnel est caractérisé par le fait que le stress origine de relations émotionnellement demandantes et stressantes (Maslach, 1982), les facteurs interpersonnels étant au coeur de la problématique (Buunk & Schaufeli, 1993; Maslach, 1993; Pines, 1993) sans toutefois négliger l'interaction avec les facteurs individuels et organisationnels (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). La tension émotionnelle ainsi que les ressources pour s'adapter prennent leurs sources dans les relations interpersonnelles, ce qui est différent de d'autres réactions de stress et qui détermine l'étiologie particulière de l'épuisement professionnel (Maslach, 1993). Ce phénomène serait donc propre aux professions d'aide (Edelwich & Brodsky, 1980; Farber, 1983; Maslach, 1982; Pines et al., 1981; Price & Murphy, 1984). Il s'agirait alors de cas particuliers dans le processus de stress, l'épuisement se produisant dans ce contexte de travail particulier (Cox et al., 1993; Schaufeli et al., 1993).

L'épuisement professionnel se déroule donc dans un contexte social où l'on note 1) une perte d'accomplissement personnel, soit une modification des attitudes de la personne envers elle-même et 2) de la dépersonnalisation, soit une

modification des attitudes envers les patients, ces deux dimensions venant spécifier et ajouter ce qu'il y a de plus à l'épuisement professionnel et qui en fait une extension fructueuse et plus profonde que le stress occupationnel (Maslach, 1993). Une troisième dimension, l'épuisement émotionnel, indique un stress au travail général (Buunk & Schaufeli, 1993; Leiter, 1993; Maslach, 1993). Seule cette dimension est toutefois retenue par la personne pour identifier qu'elle souffre d'épuisement professionnel (Cox et al., 1993). Pines et Aronson (1988), par leur mesure unidimensionnelle, réduiraient d'ailleurs ce phénomène psychologique complexe au simple épuisement (Schaufeli et al., 1993).

Facteurs de stress et d'épuisement professionnel

Plusieurs études identifient des facteurs reliés au stress et à l'épuisement professionnel des soignants. Ainsi, les facteurs reliés à l'emploi comme la satisfaction au travail, le stress au travail et les relations avec les clients seraient reliés à l'épuisement professionnel (Maslach, 1993). Des stressors sont présents au niveau de l'institution et de l'unité de soins dans les CHSLD (Cohen-Mansfield, 1995). Le fait d'évoluer dans des conditions de travail pauvres, détenir un statut faible comparativement à d'autres positions dans le système de santé, le manque de défis et de feedbacks positifs, des buts à atteindre qui ne sont pas clairs, le climat de travail en général et le temps passé dans le milieu de travail seraient des facteurs d'épuisement professionnel (Astrom, Nilsson, Norberg, Sandman, & Winblad, 1991; Berg, Welanders, Hansson, & Hallberg,

1994; Hare & Pratt, 1988; Mobily et al., 1992; Maslach, 1976). Les relations de travail avec les collègues et les superviseurs du personnel soignant en centre d'accueil, les conflits entre les infirmières qui oeuvrent en gériatrie de même que les conflits que les infirmières vivent avec les médecins seraient en relation avec leur épuisement professionnel (Maslach, 1993; Hare et al., 1988; Duquette et al., 1995).

La lourdeur de la tâche de travail serait une autre cause possible d'épuisement professionnel (Maslach, 1976; Novak & Chappell, 1996; Saulnier, 1993) mais les résultats rapportés sont contradictoires, la lourdeur de la tâche n'étant pas toujours rapportée comme un facteur de stress et d'épuisement professionnel (Chappell & Novak, 1992; Dunn, Rout, Carson, & Ritter, 1994). Il s'agirait toutefois d'un stressor important dans les études sur les infirmières et en milieu gériatrique (Duquette et al., 1995; Foxhall, Zimmerman, Standley, & Bene, 1990). Le manque de personnel soignant serait un stressor important en soins de longue durée (Benjamin & Spector, 1990; Carter & Phillips, 1987; Dunn et al., 1994). De même, le haut niveau d'épuisement professionnel retrouvé chez le personnel dans ces milieux pourrait être relié à des tâches épuisantes sur le plan physique et émotionnel ainsi qu'à un faible ratio patient-employé (Astrom, Norberg, Nilsson, & Winblad, 1987; Hare & Pratt, 1988).

D'autre part, des facteurs de personnalité comme les stratégies de coping employées seraient également des prédictors importants (Hare et al., 1988) mais

aucun type de personnalité ne serait plus vulnérable à l'épuisement professionnel qu'un autre (Mobily et al., 1992); les facteurs biographiques ou personnels y seraient moins reliés que les facteurs propres au travail (Maslach, 1993).

D'ailleurs, une faible proportion de la variance de l'épuisement professionnel serait expliquée par les variables socio-démographiques (Duquette et al., 1995; Hare et al., 1988; Mobily et al., 1992).

En CHSLD, les patients sont une des sources de stress de ce milieu de travail (Cohen-Mansfield, 1995). Chez le personnel soignant d'une unité de soins pour les personnes présentant des déficits cognitifs, 39% des stressors rapportés sont reliés aux résidents, 35% sont reliés au personnel, 23% à des stressors environnementaux ou organisationnels et 4% des stressors portaient sur les relations avec les familles (Wilson & Patterson, 1988). Le fait de prendre soin de personnes âgées souffrant de déficits cognitifs implique des problèmes de soins particuliers pour le personnel soignant et le fait de travailler auprès de ces patients sur une longue période de temps peut amener un niveau de stress élevé ainsi que de l'épuisement professionnel (Duquette et al., 1995; Heine, 1986; Mobily et al., 1992; Novak & Chappell, 1996; Wilson & Patterson, 1988). Les soins sont demandants pour le personnel en raison du pronostic peu encourageant, des obstacles à la communication ainsi que des problèmes éthiques qui peuvent en découler (Hermann, 1984; Howell, 1984). Les comportements des résidents seraient une importante cause de stress (Benjamin & Spector, 1990) et

la réaction négative aux comportements perturbateurs des patients serait reliée aux trois dimensions de l'épuisement professionnel chez les préposés en centre d'hébergement (Novak & Chappell, 1994). Le niveau de fonctionnement des résidants pourrait également déterminer le niveau de stress des soignants (Benjamin & Spector, 1990; Carter & Phillips, 1987).

Enfin, les déterminants de l'épuisement professionnel seraient différents selon chaque titre professionnel (Corbeil, 1991). Une plus grande variété dans la tâche de travail des infirmières pourrait expliquer que leur niveau d'épuisement professionnel soit moins élevé que celui des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires (Astrom et al., 1990). Le fait que ces deux derniers groupes de soignants obtiennent des scores d'épuisement professionnel plus élevés que les infirmières pourraient également indiquer une tension et une surcharge de travail plus grande pour le personnel qui travaille directement auprès du patient (Astrom et al., 1990). D'ailleurs, les infirmières de chevet seraient plus épuisées que les autres infirmières (Duquette et al., 1995). Les préposés ressentiraient plus fréquemment l'épuisement émotionnel dans leur travail et dépersonnaliseraient plus fréquemment les patients que le personnel professionnel (Hare & Pratt, 1988). Les préposés sont responsables des soins de base, ce qui constitue une bonne étendue de responsabilités et de contacts comme source de stress (Haley, 1986). De plus, ils ont peu de formation, sont peu payés, font le travail désagréable et ont peu à dire dans la définition de leur emploi; à

cela s'ajoute le fait qu'ils ont beaucoup de personnes âgées souffrant de déficits cognitifs dans leur tâche de travail ce qui les prédispose au stress et à l'épuisement professionnel (Chappell & Novak, 1994; Novak & Chappell, 1994).

Les connaissances sur les déficits cognitifs

La formation sur les déficits cognitifs fait référence à un programme d'enseignement ou de formation du personnel ou encore à de la formation «ad hoc» sur les causes de confusion et l'intervention à apporter (Heine, 1986). À travers ces formations, les participants acquièrent des connaissances plus ou moins avancées. La majorité des soins en centre d'hébergement seraient prodigués par du personnel possédant plus ou moins de connaissances (Dunn et al., 1994; Heine, 1986; MacPherson, Eastley, Richards, & Mian, 1994). Le fait de ressentir du stress en relation avec les comportements des résidents souffrant de démence ainsi qu'en fonction des problèmes de communication qui en découlent serait entre autre attribuable à un manque de qualification du personnel soignant (Benjamin & Spector, 1990). Les préposés donneraient 80 à 90% des soins en centre d'hébergement et la plupart n'ont pas reçu de formation pour réduire ou prévenir les problèmes de comportements des personnes dont ils ont soin et pour affronter les problèmes émotifs (Feldt & Ryden, 1992; Stolley et al., 1991). Ce que la plupart des employés essaient de faire pour intervenir auprès de leurs patients difficiles et déments ne semble pas fonctionner; le manque de formation amène de la confusion, du bouleversement et du stress chez le

personnel (Dunn et al., 1994; Feldt & Ryden, 1992).

À travers la formation, le personnel va percevoir le comportement ou la situation comme étant moins problématique pour ainsi être en mesure de répondre plus efficacement aux problèmes de comportements spécifiques des résidents (Monahan, 1993). Le fait de travailler sur une unité spécialisée pour les patients souffrant de déficits cognitifs ou encore sur une unité de vie collective où l'on donne une formation avant le début de l'emploi ainsi que de la supervision en cours d'emploi serait en relation avec un épuisement plus faible du personnel soignant (Kuremyr, Kihlgren, Norberg, Astrom, & Karlsson, 1994; Mobily et al., 1992).

Le fait d'élever le niveau de connaissances du personnel à propos des caractéristiques des troubles démentiels et des interventions appropriées à ce type de clientèle diminue le niveau de stress vécu par les soignants (Heine, 1986; Mobily et al., 1992; Wilson & Patterson, 1988). En recevant de la formation, le personnel peut utiliser de meilleures stratégies de coping (Hare et al., 1988). Les préposés ayant reçu une formation pour travailler auprès des patients souffrant de déficits cognitifs risquent moins de connaître l'épuisement professionnel (Chappell & Novak, 1992). L'épuisement professionnel serait d'ailleurs plus élevé chez les préposés que chez les infirmières auxiliaires en raison du manque de connaissances des premiers, limitant ainsi leur préparation à affronter les difficultés émotionnelles et psychologiques que génèrent les soins aux personnes

âgées institutionnalisées (Haley, 1986).

Le soutien au travail

Le soutien au travail est défini comme étant les relations sociales positives qui impliquent une expression libre des idées, de l'amitié et de l'encouragement aussi bien qu'une aide émotionnelle et instrumentale que les personnes se donnent entre elles dans leur milieu de travail (Moos, 1986). Le soutien du supérieur et des pairs atténue la tension dans la mesure où il encourage une appréciation cognitive et optimiste du stresser ainsi qu'une décision éclairée en vue de l'affronter (Maddi & Kobasa, 1984). Le manque de soutien de la part des collègues et du superviseur sont des antécédants de l'épuisement professionnel (Duquette et al., 1995; Maslach, 1993), une relation négative existant entre le soutien au travail et l'épuisement professionnel (Constable & Russell, 1986; Hare et al., 1988; Kuremyr et al., 1994). Le soutien du supérieur ainsi que celui des pairs est un facteur de l'organisation qui se présente comme un important modérateur des stressers et de l'épuisement professionnel en soins infirmiers (Saulnier, 1993).

Chez le personnel soignant en CHSLD, le fait de ne pas recevoir de soutien adéquat de la part des autres membres est un facteur de stress (Dunn et al., 1994); les plus perturbés dans leur travail auprès des personnes âgées perçoivent un manque de soutien au travail (Macpherson et al., 1994). Les soignants qui ne reçoivent pas de soutien diminuent leur engagement vis-à-vis les patients pour

réduire l'épuisement professionnel (Kuremyr et al., 1994). L'expérience de «feedback» est l'un des facteurs les plus importants pour contrer l'épuisement professionnel du personnel en psychogériatrie et en soins de longue durée (Astrom et al., 1991).

En somme, les connaissances sur l'intervention auprès des personnes âgées souffrant de déficits cognitifs ainsi que le soutien au travail qui est apporté aux préposés aux bénéficiaires qui oeuvrent en CHSLD seraient en relation avec un stress au travail quotidien moindre, ces deux facteurs protégeant ainsi le préposé aux bénéficiaires de l'épuisement professionnel. Le modèle suivant sera vérifié par analyse acheminatoire:

Placer la Figure 1 ici

Méthode

Participants

Les participants de cette recherche (110) sont détenteurs de postes de préposés aux bénéficiaires dans différents CHSLD du Québec. Différents professionnels des CHSLD ont effectué un recrutement dans leur milieu. Ils demandaient aux préposés, oralement ou par lettre, de participer sur une base volontaire à la recherche. Le recrutement était planifié de façon à ce que les professionnels ne puissent identifier les participants. Cet échantillon est

majoritairement féminin (72.7%) ($n = 80$) avec une moyenne d'âge de 43.3 ans ($\bar{E.T.} = 6.72$). La plupart des répondants sont mariés (46.8%) ou encore divorcés ou séparés (25.7%). Ils sont en moyenne en poste depuis 11.3 ans ($\bar{E.T.} = 6.76$) allant de 5 mois à 31 ans et possèdent une moyenne de 11.6 années d'expérience ($\bar{E.T.} = 6.28$), allant de 6 mois à 30 ans. La moitié de l'échantillon occupe un poste à temps plein (51.5%), le reste occupant des postes à temps partiel. Par ailleurs, la journée de travail est d'une durée de 7.25 heures pour la majorité des répondants (77.1%). La moyenne d'années de scolarité est de 11.86 ans ($\bar{E.T.} = 2.61$) avec des chiffres se situant entre 5 ans et 22 ans. De plus, 49.1% de l'échantillon rapporte avoir suivi des cours sur la démence. Enfin, l'ensemble des sujets de la recherche sont en contact, à différentes fréquences et intensités, avec des personnes âgées présentant des déficits cognitifs.

Instruments de mesure

L'épuisement professionnel est évalué à l'aide d'une version française (Gévry & Alain, 1988) du Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1986). L'instrument se compose de 22 items distribués selon trois échelles: l'épuisement émotionnel (9 items), la dépersonnalisation (5 items) et l'accomplissement professionnel (8 items), le tout évalué sur une échelle de fréquence de type Likert en 7 points allant de jamais à toujours. La consistance interne est satisfaisante avec des alpha de Cronbach de .71 à .90 et de .70 à .89 pour la version française. Les coefficients test-retest vont de .60 à .80. Seule l'échelle de fréquence fut

retenue pour cette recherche, ce qui est recommandé dans la dernière version du manuel de cet instrument (Schaufeli et al., 1993) puisque les scores sur l'échelle de fréquence et d'intensité seraient fortement corrélés ($r > .80$).

Pour la mesure de stress, une version française du Caregiver Stress Inventory (CSI) (Maas & Buckwalter, 1988) est utilisée. Cet instrument évalue le stress du soignant face aux incidents qui se produisent lors de soins quotidiens auprès de personnes âgées souffrant de déficits cognitifs, à l'aide d'une échelle de type Likert en 7 points (1 = pas stressant, 7 = très stressant). Cet instrument comprend 43 items répartis en trois sous-échelles: (1) le stress associé aux comportements du résidant (27 items), (2) le stress associé aux connaissances, habiletés et ressources du personnel (12 items) et (3) le stress relié aux soins physiques inadéquats pour les résidants (4 items). Il obtient un alpha de Cronbach de .96 pour le score total et de .62 à .94 pour les sous-échelles. Dans la version française, on obtient un alpha de Cronbach de .95 pour le score total et de .53 à .93 pour les sous-échelles. De plus, une échelle de fréquence en 5 points, allant de jamais à très souvent, s'ajoute à l'échelle d'intensité.

Les connaissances sur les déficits cognitifs sont évaluées à l'aide d'une version adaptée du questionnaire utilisé par Corbeil (1991). Le soignant donne son degré d'accord pour chacun des énoncés sur une échelle de quatre niveaux (tout-à-fait d'accord à tout-à-fait en désaccord). La connaissance des comportements dysfonctionnels est évaluée par sept questions, la connaissance de

l'aspect affectif des troubles cognitifs par cinq questions et la connaissance de l'aspect cognitif du phénomène par quatre questions. Les coefficients alpha varient de .68 à .74 pour ces sous-échelles.

Le soutien au travail est évalué par une version française du Work Relationship Index (WRI) (Moos, 1986) traduit et validé par Michaud (1991). Pour cette étude, deux sous-échelles sont retenues, soit le soutien du supérieur (9 items) et la cohésion entre les pairs (8 items) (un item fut éliminé parce qu'il portait sur la demande d'augmentation de salaire, ce qui n'était pas approprié au milieu des CHSLD). Chaque énoncé est évalué selon deux aspects: vrai ou faux. Moos (1986) rapporte des coefficients alpha de .77 pour le soutien du supérieur et de .69 pour la cohésion entre les pairs. Pour la version française ($n = 243$), l'alpha de Cronbach est de .77 pour le soutien du supérieur et de .48 pour la cohésion entre les pairs.

Un questionnaire socio-démographique rapporte de l'information sur le sexe et l'âge des sujets, le statut civil, le nombre d'années en poste ainsi que le nombre d'années d'expérience, le nombre d'heures de travail par jour ainsi que par semaine, les années de scolarité, le fait d'avoir suivi des cours sur la démence ou non.

Déroulement

Les questionnaires sont distribués aux préposés aux bénéficiaires au travail, ils sont ensuite remplis individuellement à la maison et rapportés au lieu de travail

une fois complétés.

Résultats et discussion

L'épuisement professionnel

Sur la première dimension de l'épuisement professionnel soit l'épuisement émotionnel, les préposés obtiennent un score total moyen de 30.56 ($\bar{E.T.} = 8.47$) (Tableau 1), ce qui dénoterait un épuisement professionnel élevé (Maslach & Jackson, 1981). Ce résultat est supérieur à ce qu'on retrouve dans la documentation sur l'épuisement des préposés aux bénéficiaires (Corbeil, 1991; Hare & Pratt, 1988; Hare et al., 1988; Novak & Chappell, 1994). Les études antérieures obtiennent des scores variant de 15.7 ($\bar{E.T.} = 11.18$) à 25.6 ($\bar{E.T.} = 12.5$).

Placer le Tableau 1 ici

Pour la deuxième composante, soit la dépersonnalisation, on retrouve une différence significative entre les sujets masculins et féminins ($t(108) = 2.73$, $p < .001$). Les études antérieures ne tiennent pas compte de cette variable et comportent habituellement plus de 90% de femmes. Les préposés féminins obtiennent un score total moyen de 10.23 ($\bar{E.T.} = 4.33$) (Tableau 1) alors que les hommes obtiennent un score de 13.73 ($\bar{E.T.} = 5.55$) (Tableau 1). On parle alors d'épuisement modéré pour les femmes, alors qu'il s'agirait plutôt d'épuisement

élevé pour les hommes (Maslach & Jackson, 1981). Les résultats obtenus sur cette composante sont plus élevés que ceux de recherches antérieures réalisées auprès des femmes qui obtiennent des résultats de 7.7 (Hare et al., 1988), 8.9 (personnel paraprofessionnel) (Hare & Pratt, 1988) et enfin de 3.64 (préposés qui travaillent avec des personnes âgées souffrant de déficits cognitifs en centre d'hébergement) (Novak & Chappell, 1996; Novak & Chappell, 1994). Hare et Pratt (1988) font remarquer que le personnel paraprofessionnel serait plus épuisé que le personnel professionnel.

La situation de coupures qui perdure actuellement dans les centres d'hébergement du Québec, jumelée à l'alourdissement de la clientèle, n'est peut-être pas étrangère à ces scores plus élevés sur ces deux dimensions de l'épuisement professionnel. Enfin, contrairement à ce qu'on rapportait dans les recherches précédentes, on peut supposer que les sujets les plus épuisés ou du moins certains de ces sujets n'ont pas hésité à participer à la recherche malgré leur épuisement (Astrom et al., 1990; Macpherson et al., 1994; Maslach & Schaufeli, 1993). Il serait également intéressant d'ajouter que 48.5% de l'échantillon occupaient des postes à temps partiel, ce qui ne semble pas diminuer le niveau d'épuisement professionnel. Toutefois, ces chiffres correspondent à la réalité des centres d'hébergement du Québec.

À la troisième dimension de l'épuisement professionnel, soit l'accomplissement personnel, les préposés obtiennent un score de 40.85 ($\bar{E.T.} =$

6.27) (Tableau 1), ce qui dénote un épuisement professionnel faible. Ce résultat n'est pas en accord avec les deux précédents et il est supérieur à ce que l'on rapporte dans les autres recherches (Hare & Pratt, 1988; Hare et al., 1988; Novak & Chappell, 1996; Novak & Chappell, 1994). Leiter et Maslach (1988) rapportent que l'épuisement professionnel serait d'abord caractérisé par l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. La perte d'accomplissement personnel serait la dernière étape, pouvant ainsi suggérer, selon les résultats obtenus, que les préposés de la recherche ne seraient peut-être pas encore rendus à cette étape dans leur processus, mais pourraient éventuellement y parvenir. Leiter (1991) propose aussi que l'accomplissement personnel se développerait séparément des deux autres composantes de l'épuisement professionnel.

Le stress

Sur l'échelle de stress, les préposés présentent un score total moyen d'intensité de 153.94 ($\bar{E.T.} = 42.02$) (Tableau 1). Aucune autre recherche n'utilise le CSI sauf Mobily et al. (1992) qui se sont cependant servi d'une version différente. Étant donné l'inexistence de normes pour évaluer l'intensité de stress présent, le score moyen sur l'échelle étant de 3.58, (1 sur l'échelle correspond à «pas stressant» et 7 indique «très stressant») on pourrait ici parler de stress moyen.

Le soutien au travail et les connaissances

Sur l'échelle d'environnement de travail qui mesure le soutien du supérieur et

des pairs, on obtient un score total moyen de 11.20 ($\bar{E.T.} = 4.05$) (Tableau 1).

Il s'agit alors d'un score d'intensité moyenne. Il n'existe pas de données permettant la comparaison avec un groupe semblable. Enfin, les sujets obtiennent un score total moyen de connaissances de 68.39 ($\bar{E.T.} = 7.97$) (Tableau 1) sur un score total possible de 84 (plus le score est élevé meilleures sont les connaissances).

Placer les Figures 2, 3 et 4 ici

Trois analyses acheminatoires furent effectuées étant donné l'existence de trois composantes séparées dans l'épuisement professionnel. Sur la figure 2, on remarque des coefficients de régression allant de .05 à .36 entre les différentes composantes du modèle de l'épuisement émotionnel. Pour le modèle d'accomplissement personnel (Figure 3), les coefficients vont de .13 à .29¹. Pour ce qui est de la dernière composante de l'épuisement professionnel, soit la dépersonnalisation, la différence de moyennes entre les sexes sur cette variable oblige au départ à effectuer des analyses que pour les sujets féminins. Pour ce modèle, les coefficients se situent entre .04 et .39 (Figure 4).

¹Les coefficients vont dans le sens prévu, car un score élevé signifie un faible épuisement professionnel, la relation positive entre les connaissances et l'accomplissement personnel signifie donc que le fait de détenir plus de connaissances est en relation avec un faible niveau d'épuisement professionnel.

Le stress est donc en relation positive avec l'épuisement émotionnel (Figure 2) et la dépersonnalisation (Figure 4) mais en relation négative plus faible avec l'accomplissement personnel (Figure 3). Le stress rencontré dans le travail auprès de personnes âgées présentant des déficits cognitifs apparaît donc comme une variable importante face aux trois composantes de l'épuisement professionnel chez les préposés aux bénéficiaires. Cette clientèle semble donc avoir un impact important même si elle ne constitue pas la totalité de la charge de travail quotidienne d'un préposé aux bénéficiaires. Cela vient confirmer ce que l'on retrouve dans la documentation à l'effet que la clientèle souffrant de démence et de troubles cognitifs est pénible pour le personnel (Duquette et al., 1995; Mobily et al., 1992; Novak & Chappell, 1996; Novak & Chappell, 1994; Wilson & Patterson, 1988). Ces résultats permettent donc de constater que le fait de travailler auprès d'une clientèle souffrant de déficits cognitifs, ce qui est un stressor spécifique, est en relation avec l'épuisement professionnel vécu par le personnel dans les centres d'hébergement. Une mesure de stress plus générale aurait apportée des résultats moins révélateurs, l'épuisement émotionnel mesurant déjà un concept qui se rapproche d'un stress au travail général (Buunk & Schaufeli, 1993). D'ailleurs, l'épuisement professionnel évalue déjà le vécu négatif au travail, sans s'attarder à aucun aspect particulier du travail (Chappell & Novak, 1992).

Les connaissances, quant à elles, ne sont pas en lien avec l'épuisement

émotionnel (Figure 2) alors qu'elles apparaissent fortement reliées de façon négative à la dépersonnalisation (Figure 4) et également reliées positivement, moins fortement toutefois, à l'accomplissement personnel (Figure 3). Pour ce qui est du lien entre les connaissances et le stress pour l'échantillon total (Figures 2 et 3), la relation indique que le stress est en relation négative avec les connaissances, c'est-à-dire que plus le niveau de connaissances est élevé, moins il y a de stress. Chez le groupe de préposés féminins, il n'y a pas de relation significative entre le stress et les connaissances (Figure 4).

La variable de soutien au travail est fortement reliée de façon négative à l'épuisement émotionnel (Figure 2) alors qu'elle n'est pas en relation avec l'accomplissement personnel (Figure 3) et la dépersonnalisation (Figure 4). Le soutien est aussi lié négativement au stress pour l'ensemble des sujets (Figures 2 et 3), de même que pour les sujets féminins seulement (Figure 4). Le modèle proposé se vérifie donc de façon différente selon la composante de l'épuisement professionnel qui est considérée.

L'écart entre les résultats pour tous les sujets et les résultats pour les sujets féminins laissent entrevoir que les préposés masculins ne se comportent pas comme les préposés féminins en regard du stress et de l'épuisement professionnel. D'ailleurs, lorsque l'on considère seulement l'échantillon féminin, l'épuisement émotionnel n'est pas en relation avec le soutien ($r(76) = -.17, n.s.$). De plus, le stress est relié plus fortement à l'épuisement émotionnel ($r(76) = .46,$

$p < .001$) et à l'accomplissement personnel ($r(76) = -.29, p < .01$). Le modèle sur l'épuisement émotionnel serait donc différent selon qu'on le vérifie sur l'ensemble des sujets ou sur les sujets féminins seulement.

Même si le questionnaire compte peu d'items, la variable connaissances sur les déficits cognitifs donne des résultats intéressants. Ces connaissances semblent avoir une influence sur le stress et l'épuisement professionnel. Ce résultat concorde avec les écrits qui rapportent que le soignant qui détient des connaissances adéquates sur les déficits cognitifs chez les personnes âgées est moins épuisé. Le soignant qui comprend mieux la situation sera moins touché par l'agressivité ou l'incompréhension du résidant (Corbeil, 1991). Les limites de cette recherche ne permettaient cependant pas d'introduire une formation pour vérifier ce fait, ce qui aurait été plus souhaitable.

La dimension du soutien au travail semble avoir une grande influence sur l'épuisement émotionnel pour l'ensemble des sujets et joue un rôle protecteur en regard du stress. Toutefois, elle ne joue pas ce rôle en regard des autres dimensions de l'épuisement professionnel. Ces résultats viendraient appuyer ceux de Hare et al. (1988) qui démontraient que le soutien au travail était un prédicteur plus puissant de l'épuisement émotionnel que de l'accomplissement personnel et de la dépersonnalisation. Ces mêmes auteurs ajoutaient que l'épuisement émotionnel affaiblit les relations de soutien au travail, l'épuisement et l'environnement de travail s'influençant mutuellement. Duquette et al. (1994)

mentionnent pour leur part que l'augmentation de l'épuisement professionnel pourrait diminuer la capacité du personnel soignant d'utiliser les ressources qui modèrent l'impact du stress. D'ailleurs, dans l'étude de Duquette et al. (1995) sur l'épuisement des infirmières en gériatrie, le soutien du supérieur et des pairs était significatif mais expliquait seulement 2% de la variance.

Un autre aspect important à dégager de cette recherche est la différence qui existe entre les sujets féminins et masculins. La documentation n'aborde pas cet aspect. Sur la première dimension de l'épuisement professionnel, soit l'épuisement émotionnel, la forte relation avec le soutien au travail semble provenir du groupe de sujets masculins puisque cet élément ne ressort pas lors des analyses effectuées chez les sujets féminins seulement. Bien que l'intensité de l'épuisement émotionnel soit la même, l'écart entre les résultats pour le groupe total et pour les sujets féminins laissent supposer des réactions fort différentes chez les hommes et les femmes en regard des variables en relation avec l'épuisement émotionnel. Il est aussi important de noter la dépersonnalisation plus élevée des préposés masculins, ce qui vient influencer directement leur façon de travailler et de traiter les patients, la dépersonnalisation étant «la réponse insensible et impersonnelle à l'égard de celui qui reçoit les soins, les services ou les traitements» (Maslach & Jackson, 1981). Il aurait été intéressant d'avoir un groupe de sujets masculins plus important pour constater si les résultats auraient été les mêmes, ces résultats devant être interprétés avec précautions étant donné

le faible nombre de sujets. Il aurait également été souhaitable de vérifier d'autres facteurs prédisposants au stress et à l'épuisement qui sont certainement présents dans ces milieux de soins, mais l'ampleur de cette recherche ne permettait pas d'identifier toutes les variables en lien, un choix étant alors nécessaire. Il fut d'ailleurs difficile d'établir un modèle pour cette recherche sur les préposés aux bénéficiaires étant donné le peu de recherches antérieures sur ce sujet.

Conclusion

En somme, le modèle multidimensionnel de l'épuisement professionnel de Maslach (1993) permet d'obtenir des résultats intéressants pour l'intervention auprès du personnel soignant dans les milieux d'hébergement. Le fait de considérer séparément les trois composantes de l'épuisement professionnel permet de mieux différencier l'épuisement professionnel du stress général. D'autre part, les résultats nous permettent de croire que le stress spécifique que représente le fait de travailler auprès de personnes âgées souffrant de déficits cognitifs aurait un impact sur l'épuisement professionnel, malgré la présence de beaucoup d'autres stressors dans les milieux de soins de longue durée. Cette recherche nous permet de croire que le profil d'épuisement serait différent chez les hommes et les femmes. Il serait aussi important de tenir compte du fait que les hommes obtiennent un score élevé de dépersonnalisation, ce qui mérite une attention particulière puisque cela touche directement la qualité de la relation et des soins auprès des résidents. Les résultats de cette recherche font aussi ressortir

l'importance d'encourager la formation et ainsi développer les connaissances du personnel sur l'intervention auprès de personnes âgées souffrant de déficits cognitifs pour prévenir le stress et l'épuisement professionnel. Les recherches futures devraient s'attarder sur le contenu des connaissances à inclure dans les formations. De même, la cohésion entre les pairs ainsi que le soutien du supérieur devraient également être encouragés.

La documentation abordait le fait que la clientèle souffrant de déficits cognitifs était pénible pour le personnel et c'est cet aspect qu'il semblait intéressant de vérifier, le lien entre l'ensemble des variables à l'étude ayant rarement été vérifié empiriquement et de cette façon auprès des préposés aux bénéficiaires. Dans les centres d'hébergement pour personnes âgées, l'alourdissement des tâches provoqué entre autre par l'augmentation de cette clientèle, jumelée aux coupures budgétaires font en sorte qu'il devient urgent de se pencher sur des stratégies pour améliorer le vécu du personnel soignant de ces milieux et ainsi maintenir la qualité des soins auprès des résidants.

Références

- Astrom, S. (1992). Attitudes, empathy and burnout among staff in geriatric and psychogeriatric care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 6(3), 160.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., Sandman, P., & Winblad, B. (1991). Staff burnout in dementia care- relations to empathy and attitudes. *International Journal of Nursing Studies*, 28(1), 65-75.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., & Winblad, B. (1990). Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1236-1244.
- Astrom, S., Norberg, A., Nilsson, M., & Winblad, B. (1987). Tedium among personnel working with geriatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 11(A 3-4), 125-132.
- Benjamin, L. C., & Spector, J. (1990). The relationship of staff, resident and environmental characteristics to stress experienced by staff caring for the dementing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 25-31.
- Berg, A., Welander Hansson, U., & Hallberg, I. R. (1994). Nurses' creativity, tedium and burnout during one year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 742-749.
- Buunk, B.P., & Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social

- comparison theory. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Éds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis.
- Carter, M., & Phillips, C. (1987). What's wrong in working in nursing home? An analysis of nurses' comments. *The Australian Nurses Journal*, 16(11), 49-52.
- Chappell, N. L., & Novak, M. (1994). Caring for institutionalized elders: stress among nursing assistant. *The Journal of Applied Gerontology*, 13(3), 299-315.
- Chappell, N. L., & Novak, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*, 32(3), 351-359.
- Charles, R., Truesdell, M., & Wood, E. (1982). Alzheimer's disease: Pathology, progression, and nursing process. *Journal of Gerontological Nursing*, 8(2), 69-73.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage.
- Cohen-Mansfield, J. (1995). Stress in nursing home staff: A review and a theoretical model. *The Journal of Applied Gerontology*, 14(4), 444-466.
- Constable, J. F., & Russel, D. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12(1), 20-26.
- Corbeil, C. (1991). *L'épuisement émotionnel des soignants en centre d'accueil*

pour personnes âgées. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M.P. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Éds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis.

Cronin-Stubbs, D., & Rooks, C. A. (1985). The stress, social support and burnout of critical care nurses: The result research. *Heart and Lung*, 14(1), 31-39.

Dunn, L. A., Rout, U., Carson, J., & Ritter, S. A. (1994). Occupational stress amongst care staff working in nursing homes: An empirical investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 3, 177-183.

Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B. K., & Beaudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout: A review of empirical knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 337-358.

Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B. K., Ducharme, F., & Saulnier, P. (1995). Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5), 443-456.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New-York: Plenum Press.

Farber, B.A. (1983). Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic work. In B. Farber (Éd.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp.1-22).

- New-York: Pergamon Press.
- Feldt, K. S., & Ryden, M. B. (1992). Aggressive behavior: Educating nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(5), 3-12.
- Filion, L., Laroche, L., Lemyre, L., & Tessier, R. (1991). *Le stress: bilan et interventions*. Ouvrage collectif, Québec: Centre de recherches sur les services communautaires.
- Foxall, M., Zimmerman, L., Standley, R., & Bene, B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job related stress perceived by intensive care, hospice and medical surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 577-584.
- Gervais, C. (1991). *Comprendre et prévenir le burnout*. Montréal: Agence D'Arc.
- Gévry, M., & Alain, M. (1988). L'épuisement professionnel dans le secteur des services humains. *Intervention*, 80, 60-66.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F., & Stevenson, J.G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Haley, D. J. (1986). *The relationship among social support, alienation, religiosity, length of service and the burnout experienced by nurses'aides and licensed practical nurses employed in skilled care nursing homes*. Thèse de doctorat inédite, Loyola University of Chicago.
- Hare, J., & Pratt, C. (1988). Burnout: Differences between professional and

- paraprofessional nursing staff in acute and long term care health facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 7(1), 60-71.
- Hare, J., Pratt, C., & Andrews, D. (1988). Predictors of burnout in professionals and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 25(2), 105-115.
- Harris, R. B. (1989). Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaptation framework. *Advances in Nursing Sciences*, 11(2), 12-28.
- Heine, C. A. (1986). Burnout among nursing home personnel. *Journal of Gerontological Nursing*, 12(3), 14-18.
- Hermann, H. T. (1984). Ethical dilemmas intrinsic to the elderly demented patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32(9), 655-656.
- Holmes, D., Teresi, J., & Monaco, C. (1992). Special care units in nursing-home: Prevalence in five states. *The Gerontologist*, 32(2), 191-196.
- Howell, M. (1984). Caretakers views on responsibilities for the care of the demented elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32(9), 657-660.
- Kuremyr, D., Kihlgren, M., Norberg, A., Astrom, S., & Karlsson, I. (1994). Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 670-679.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw Hill, New-York.

- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Éds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Maas, M., & Buckwalter, K. (1988). Evaluation of a special Alzheimer's unit: Baseline Data. *Applied Nursing Research*, 1, 41.
- Maddi, S. R., & Kobasa, S. C. (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Homewood, Ill.: Dow Jones-Irwin.
- Macpherson, R., Eastley, R. J., Richards, H., & Mian, I. H. (1994). Psychological distress among workers caring for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 381-386.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviors*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout- the cost of caring*. New-Jersey: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory. Manual*. (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In W. B.

- Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Éds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis.
- Maslach, C., & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Éds.), *Professional burnout: Recent development in theory and research*. New York: Taylor & Francis.
- Mc Abee, R. (1991). Occupational stress and burnout in the nursing profession. *AAOHN Journal*, 39(12), 568-575.
- Michaud, S. (1991). *Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et l'épuisement professionnel d'infirmières en service d'urgence*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Mobily, P. R., Maas, M. L., Buckwalter, K. C., & Skemp Kelley, L. (1992). Staff stress on an Alzheimer's unit. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(9), 25-31.
- Monahan, D. J. (1993). Staff perceptions of behavioral problems in nursing home residents with dementia: The role of training. *Educational Gerontology*, 19, 695-700.
- Moos, R.H. (1986). *Work Environment Scale Manual* (2nd ed.). Consulting Psychologists Press. PaloAlto, CA.
- Novak , M., & Chappell, N., L. (1996). The impact of cognitively impaired patients and shift on nursing assistant stress. *International Journal of Aging and Human Development*, 43(3), 235-248.

- Novak, M., & Chappell, N. L. (1994). Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 39(2), 105-120.
- Perlman, B., & Hartman, A. E. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35, 283-305.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Éds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis.
- Price, D., & Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8, 47-39.
- Rossby, L., Beck, C., & Heacock, P. (1992). Disruptive behaviors of a cognitively impaired nursing home resident. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(2), 98-107.
- Saulnier, P. (1993). *Influence du soutien au travail sur le stress, les stressors occupationnels et l'épuisement professionnel d'infirmières en gériologie*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Schaufeli, W. B., Enzmann, D., & Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Éds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor &

Francis.

Schaufeli, W. B., Maslach, C., Marek, T. (1993). The future of burnout. In W.

B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Éds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis.

Stanford, J.R.A. (1975). Tolerance of ability in elderly dependent by supporters at home: Its significance for hospital practice. *British Medecine Journal*, 3, 471-473.

Stolley, J. M., Buckwalter, K. C., & Shannon, M. D. (1991). Caring for patients with Alzheimer's disease: Recommandations for nursing education. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(6), 34-38.

Wilson, R. W., & Patterson, M. A. (1988). Perceptions of stress among nursing personnel on demented units. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 3(4), 34-39.

Tableau 1

Cotes moyennes sur l'ensemble des questionnaires

<i>Échelles</i>	<i>Moyennes</i>	<i>Scores maximum</i>	<i>Écart-type</i>
Épuisement professionnel			
Épuisement émotionnel	30.56	49	8.47
Dépersonnalisation ²			
Femmes	10.23	26	4.33
Hommes	13.73	26	5.55
Accomplissement personnel	40.85 ³	56	6.27
Stress au travail	153.94	301	42.02
Soutien au travail	11.20	17	4.05
Connaissances	68.39	84	7.97

² Différences significatives entre les préposés féminins et masculins.

³ Plus le score est élevé moins il y a d'épuisement professionnel.

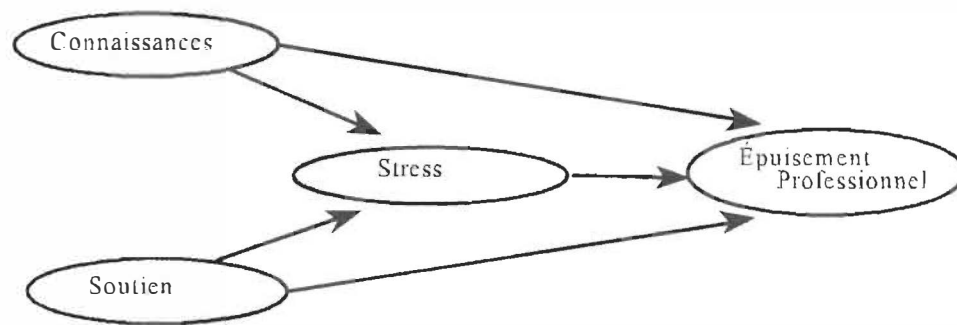


Figure 1. Modèle des relations entre les connaissances, le soutien au travail, le stress et l'épuisement professionnel.

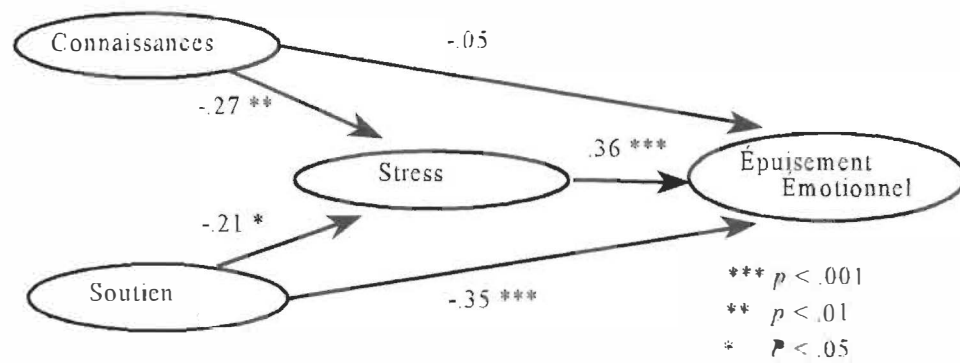


Figure 2. Modèle des relations (analyse acheminataire) entre les connaissances, le soutien au travail, le stress et l'épuisement émotionnel.

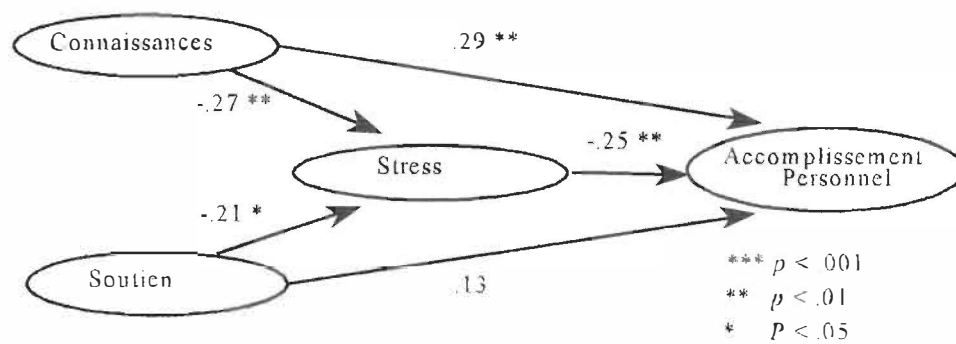


Figure 3. Modèle des relations (analyse acheminatoire) entre les connaissances, le soutien au travail, le stress et l'accomplissement personnel.

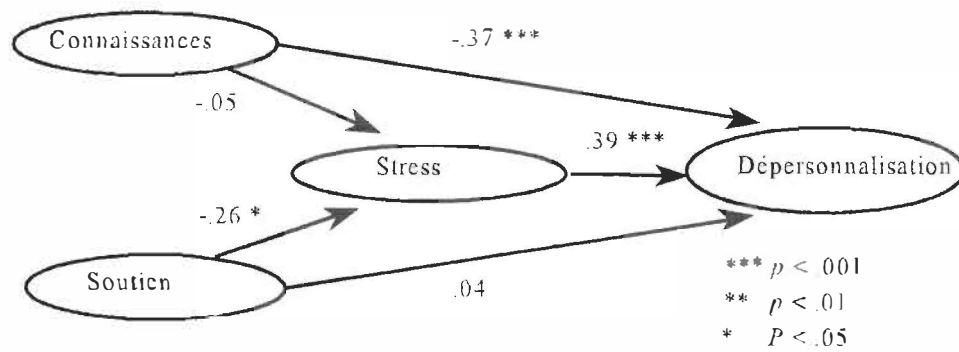


Figure 4. Modèle des relations (analyse acheminatoire) entre les connaissances, le soutien au travail, le stress et la dépersonnalisation pour les préposés féminins.

Appendice A

Formule de consentement

No. de code _____

**FORMULE DE CONSENTEMENT
À PARTICIPER À UN
PROJET DE RECHERCHE UNIVERSITAIRE**

CONSENTEMENT DU SUJET

Je, _____ reconnais avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche *Facteurs de stress au travail et d'épuisement professionnel chez les préposés aux bénéficiaires oeuvrant en CHSLD auprès de personnes âgées présentant des déficits cognitifs* et de bien comprendre ce que ma participation à cette recherche implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise la responsable à utiliser les résultats de ma participation selon les informations qu'elle m'a fournies.

(signature du sujet)

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE

En tant que responsable de la recherche, *Julie Bélanger, étudiante à la maîtrise en psychologie (spécialisée en gériatrie) de l'Université du Québec à Trois-Rivières*, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions acceptées par le Comité permanent de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des sujets tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir aux sujets tout le support permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

*Désirez-vous obtenir les résultats de la
recherche? Oui _____ Non _____

Si oui votre adresse: _____

(Signature)

Julie Bélanger
Département de psychologie, UQTR

Remerciements

Je voudrais exprimer ma gratitude et mes remerciements à ma directrice de recherche, Mme Micheline Dubé, D.Ps., pour sa grande générosité, ses précieux conseils, sa disponibilité et surtout, son soutien constant tout au fil de cet apprentissage que constitue la réalisation d'un mémoire de maîtrise. Je lui en suis très reconnaissante.